………………………………..

(pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

**starającego się o orzeczenie**

**o potrzebie indywidualnego nauczania/indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego**

*Opracowane na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych – (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743)*

Imię i Nazwisko……………………………… urodzony…………………… w………………

Miejsce zamieszkania………………………………………………………………………......

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia *(§ 6 ust. 5 rozporządzenia)*

Choroba główna oraz choroby współwystępujące

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Ocena wyniku leczenia i rokowania

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

2. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

**TAK NIE**

3. Określenie, czy stan zdrowia ucznia

**uniemożliwia** lub **znacznie utrudnia**

*(właściwe podkreślić)*

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

4. Ograniczenia wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego, powodujące że stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły *(§6 ust.5 pkt. 1 rozporządzenia),* np. czy uczeń może realizować zajęcia terapeutyczne w szkole lub innej placówce poza domem.

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

5. Określenie czasu, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły *(§ 6 ust. 5 pkt 1, § 15 ust. 1 rozporządzenia).*

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

6. Ocena możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu *(w przypadku ucznia szkoły kształcącej w zawodzie), (§ 6 ust. 6 rozporządzenia) /wypełnia lekarz medycyny pracy/*

……………………………………………………………………………………………………………

………………..……………………………………………………………………………………..……

………………….…………………………………………………………………………………...……

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………… ………………………………………

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)